

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ ID(旭川赤十字病院) _____
 診断名 _____
 発症日 _____ / _____ 入院日 _____ 転院日 _____

郵便番号	キーパーソン:	緊急連絡先:
住所	住所:	
電話番号:	電話番号:	

入院時NIH-SS	
・意識レベル	
・意識レベル 質問	
・意識レベル 従命	
・注視	
・視野	
・顔面麻痺	
・左腕	
・右腕	
・左脚	
・右脚	
・運動失調	
・感覚	
・言語	
・構音障害	
・消去無視	
総点数	0

食事情報					
食事方法					
食種	()				
食事形態	主食				
	副食				
	嚥下食				
補足					
経管栄養種	()				
追加水	()mlを()回()時				
その他					
アレルギー情報					
食事	()				
薬剤	()				
感染症情報					
HB		HC		梅毒	
その他					
介護情報					
介護認定					
要介護度	ケアマネ担当() 事業所名⇒				
身障認定	() 種 () 級 ()				

栄養サポートチーム (NST)の関与	無
--------------------	---

基礎疾患	
・高血圧	
・糖尿病	有の場合⇒
・高脂血症	有の場合⇒
・心房細動	
・脳卒中の既往	()
・その他の心疾患	()
・その他の既往症	()

かかりつけ医	病気・治療の説明と受け止め方
・	
・	
・	

入院前ADL	
移動	()
移動方法	()

虚血性脳血管障害				
病型	0	詳細記載		
主幹動脈病変(病巣側)	0	追加・詳細記載		
主幹動脈病変(非病巣側)1		追加・詳細記載		
主幹動脈病変(非病巣側)2		追加・詳細記載		
入院後の増悪		入院後の再発作	再発作日	
外科的治療(急性期)		実施日	その他の詳細	
外科的治療(慢性期)		実施日	その他の詳細	

出血性病変				
出血病型				
原因分類		詳細記述		
外科的治療1		実施日	その他の詳細	
外科的治療2		実施日	その他の詳細	
外科的治療3		実施日	その他の詳細	
外科的治療4		実施日	その他の詳細	
シャント	0	種類	その他の詳細	
圧設定(mmH2O)				

医師よりコメント	主治医:

看護師よりコメント(注意事項など)	病棟:	担当:
<最終排便日>	/ /	()
<カテーテル 最終交換日>	/ /	()
	/ /	()
	/ /	()
	/ /	()

<危険行動>	
・内容:	

<備考>

薬剤情報	担当:
<<退院時処方>>	【副作用歴】 【薬剤管理】 (服薬状況) 【その他】

脳卒中地域連携パスシート(2)-1

* 黄色の欄に入力してください。 それ以外は自動入力されます。

リハビリ専門病院名		患者名	
		日赤ID	
リハビリ専門病院名からの退院先		リハビリ専門病院ID	
自宅退院以外の場合の施設名			
退院後のfollow up医療機関		あんしん連携ノート	<input type="checkbox"/> 中断あり

	リハビリ開始時	旭川日赤からの転院時	リハビリ専門病院入院時	発症1ヶ月目	発症2ヶ月目	発症3ヶ月目	発症4ヶ月目	発症5ヶ月目	リハビリ専門病院退院(転院)時
評価日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
FIM									
セルフケア	・食事 (箸・スプーン)								
	・整容								
	・入浴								
	・更衣(上半身)								
	・更衣(下半身)								
	・トイレ動作								
排泄管理	・排尿								
	・排便								
移乗	・ベッド、椅子、車椅子								
	・トイレ								
	・浴槽・シャワー (浴槽・シャワー)								
	・歩行、車椅子 (歩行・車椅子)								
移動	・階段								
	・理解 (聴覚・視覚)								
コミュニケーション	・表出 (音声・非音声)								
	・社会的交流								
社会的認知	・問題解決								
	・記憶								
合計点数(自動計算)		0	0	0	0	0	0	0	0

Brunnstrom運動検査									
右側	・上肢 Stage								
	・手指 Stage								
	・下肢 Stage								
左側	・上肢 Stage								
	・手指 Stage								
	・下肢 Stage								

日常生活機能評価表		0点	1点	2点
床上安静の指示		なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		できる	できない	/
寝返り		できる	何かにつかまれば出来る	できない
起き上がり		できる	できない	/
座位保持		できる	支えがあればできる	できない
移乗		できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法		介助を要しない移動	要介助(搬送を含む)	/
口腔清潔		できる	できない	/
食事摂取		介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱		介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達		できる	出来る時と出来ない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる		はい	いいえ	/
危険行動		ない	ある	/
合計				

脳卒中地域連携パスシート(2)-2

患者名 _____

日赤ID _____

理学療法士からの連絡事項	PT開始日:	担当PT:
未実施		
作業療法士からの連絡事項	OT開始日:	担当OT:
未実施		
言語聴覚士からの連絡事項	ST開始日:	担当ST:
未実施		

連携病院コメント			
入院中の再発		再発日	
合併症の発症			

旭川赤十字病院地域連携様式第2号